**DECLARAÇÃO**

 Declaramos que o Acadêmico Clique aqui para digitar texto. RG.: Clique aqui para digitar texto. da Clique aqui para digitar texto. (Instituição de Ensino) permanecerá como **estagiário** junto ao Clique aqui para digitar texto. (Serviço ou Laboratório) do Departamento de Cirurgia da FMVZ-USP, no período de Clique aqui para inserir uma data. a Clique aqui para inserir uma data.

São Paulo, Clique aqui para inserir uma data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

Secretaria do Departamento de Cirurgia.